

**NASKAH PUBLIKASI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIABETES  
MELLITUS DAN ULKUS DIABETIK BANGSAL  
CEMPAKA BAWAH RSUD SUKOHARJO**



**Disusun oleh :**

**BAYU EKO SISWANTO  
J 200 090 029**

Diajukan Guna Melengkapi Tugas – Tugas dan Memenuhi  
Syarat – Syarat Untuk Menyelesaikan Program  
Pendidikan Diploma III Keperawatan

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA  
2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima untuk melengkapi tugas – tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan

Hari : Jumat

Tanggal : 27 Juli 2012

Tim penguji Karya Tulis Ilmiah :

1. Okti Sri P, S.Kep, Ns.

(.....)

2. Endang Zulaicha S, S.Kp.

(.....)

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta



Arif Widodo, A.Kep., M. Kes  
NIK 630

**NURSING CARE TO CLIENT S WITH DIABETES MELITUS AND  
DIABETIC ULCERS ON THE ROOM CEMPAKA BAWAH  
AT GENERAL RSUD SUKOHARJO  
(Bayu Eko Siswanto, 2012, 59 pages)**

**ABSTRACT**

**Background:** Diabetes Mellitus is often referred to as The Great imitator because the disease can affect all organs of the body and cause various complaints and symptoms are varied. Diabetes Mellitus can occur slowly so that the patient is not aware of such changes to be drinking more, urinating more frequently or decreased body weight. These symptoms can last longer without attention until then that person went to the doctor and checked his blood glucose levels.

**Methods:** The authors use the method of description, while the sample was client S, these data obtained by different ways: interview, examination, observation of activities, obtain records and diagnostic reports, collaborate with co-workers.

**Results:** after 3 days of nursing actions during the 3 diagnoses that appear are: lack of fluid volume, high risk of infection and fatigue. In most implementations are compliant with the plan of action that has been applied.

**Conclusion:** cooperation between the health care team and patients or families sngat necessary for the success of nursing care to patients so that patients on the nursing shortage problem of fluid volume, high risk of infection and fatigue can be implemented properly and most problems can be solved partially.

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic ulcers, lack of fluid volume

## **PENDAHULUAN**

Diabetes mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang oleh karena gangguan keseimbangan karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan kekurangan insulin secara absolute maupun relative. Sehingga menyebabkan terjadinya hiperglikemia dan glukosuria. Pada keadaan normal glukosa diatur sedemikian rupa oleh insulin yang diproduksi oleh sel  $\beta$  pancreas. Sehingga kadarnya dalam darah selalu keadaan normal. Baik keadaan puasa maupun sesudah makan, kadar gula darah selalu stabil sekitar 70 sampai 110 mg %.

Seorang perawat diperlukan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada penderita Diabetes Mellitus, agar mengurangi keluhan dan gejala dari penyakit Diabetes Mellitus. Hal yang dilakukan oleh perawat antara lain: penatalaksanaan diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes, latihan fisik akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa, pemantauan kadar glukosa darah, pemberian obat anti diabetik.

Dari pengambilan data 10 besar penyakit di RSUD Sukoharjo pada tahun 2011 penyakit Diabetes Mellitus berada pada urutan ke 7 dengan jumlah penderita sebanyak 219 orang

## **TUJUAN LAPORAN KASUS**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui tentang gambaran asuhan keperawatan dengan Diabetes Mellitus dan ulkus diabetik pada Ny. S di bangsal Cempaka Bawah RSUD Sukoharjo.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada Ny.S dengan Diabetes Mellitus dan ulkus diabetik.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Ny.S dengan Diabetes Mellitus dan ulkus diabetik.
- c. Membuat rencana keparawatan pada Ny.S dengan Diabetes Mellitus dan ulkus diabetik .
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.S dengan Diabetes Mellitus dan ulkus diabetik.
- e. Mengevaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Diabetes Mellitus dan ulkus diabetik.

## **TINJAUAN TEORI**

### **A. Pengertian**

Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemia kronik di sertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah, di sertai lezi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron (Mansjoer, 2007).

### **B. Etiologi**

Penyebab dari penyakit diabetes mellitus antara lain :

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. Faktor Genetik    | 4. Usia       |
| 2. Faktor Lingkungan | 5. Obesitas   |
| 3. Imunologi         | 6. Gaya hidup |

## **Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis ulkus Diabetikum akibat mikroangiopatik disebut juga ulkus panas walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal . Proses mikroangipati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberikan gejala klinis 5 P yaitu :

- a. Pain (nyeri).
- b. Paleness (kepuatan).
- c. Paresthesia (kesemutan).
- d. Pulselessness (denyut nadi hilang)
- e. Paralysis (lumpuh).

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari fontaine:

- a. Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan).
  - b. Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten
  - c. Stadium III : timbul nyeri saat istirahat.
  - d. Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus).
- (Smeltzer, 2002).

## **C. Komplikasi**

Komplikasi Diabetes Mellitus menurut Mansjoer (2007) dibagi menjadi :

- 1. Akut
  - a. Koma hipoglikemia
  - b. Diabetes ketoasidosis
  - c. Koma hiperosmolar

## 2. Kronis

- a. *Makroangiopati* : mengenai pembuluh darah besar, pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak.
- b. *Mikroangiopati* : mengenai pembuluh darah kecil, retinopati diabetik, nefropati diabetik.
- c. Neuropati diabetik
- d. Rentan terhadap infeksi seperti tuberkulosis paru, gingivitis, dan infeksi saluran kemih.
- e. Kaki diabetik

### **Patofisiologi**

Defisiensi insulin terjadi akibat dari kerusakan sel beta akan menyebabkan penurunan pembentukan glikogen, sehingga pembentukan glikogen akan mengalami suatu peningkatan yang mengakibatkan hiperglikemia. Peningkatan glikosa hepar dan peningkatan *lipolisis* jika kadar gula dalam darah cukup tinggi. Ginjal tidak dapat menyerap pembentukan semua glukosa yang tersaring keluar. Akibatnya, glukosa keluar dalam urine, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebih akibatnya akan mengalami peningkatan urine (*poliuri*), dan peningkatan rasa haus (*polidipsi*). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak, menyebabkan penurunan berat badan dan peningkatan selera makan (*poliphagia*) akibat dari penurunan simpanan kalori. Komplikasi metabolik dari diabetes adalah terjadinya penyumbatan vaskuler. Hal tersebut menyebabkan retinopati tahanan parsial karbondioksida yang menurun akibat dari asidosis metabolik yang ditandai dengan *takikardi* akan

mengakibatkan perubahan dalam hantaran jantung sehingga terjadi distritmia jantung (Smeltzer, 2002).

#### **D. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan**

Menurut Smeltzer (2002) tujuan utama penatalaksanaan terapi pada Diabetes Mellitus adalah menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa darah, sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Ada beberapa komponen dalam penatalaksanaan Ulkus Diabetik:

- a. Diet
- b. Latihan
- c. Pemantauan
- d. Terapi (jika diperlukan)
- e. Pendidikan
- f. Kontrol nutrisi dan metabolic
- g. Stres Mekanik
- h. Tindakan Bedah

#### **TINJAUAN KASUS**

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 08 Mei 2012 jam 16.00 WIB di Bangsal Cempaka Bawah kamar 4A, data atau pengkajian dilakukan dengan pasien maupun keluarga pasien, pengamatan langsung, membaca catatan medik dan catatan keperawatan serta kerjasama dengan tim kesehatan lain yang bersangkutan dalam pengelolaan.

#### **Analisa Data**

Tabel 1.3 Analisa Data

<b>Tgl</b>	<b>Data fokus</b>	<b>Problem</b>	<b>Etiologi</b>
08/05/2012	DS : 1. pasien mengatakan sering merasa haus. 2. Pasien mengatakan lemes.	Kekurangan volume cairan	diuresis osmotik.



	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD ; 160/90 mmHg, N ; 84 kali/menit, Rr; 24kali/menit, T; 36,4°C</li> <li>2. Mukosa bibir pasien kering,</li> <li>3. Denyut nadi periver tidak teraba kuat.</li> <li>4. Pasien minum 4-5 gelas/hari</li> </ol>		
08/05/2012	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya, P : nyeri tekan, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri pada kaki kanannya samping jempol, S : skala nyeri 7, T : nyeri saat bergerak hilang timbul setiap saat,</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada luka dikaki sebelah kanan, panjang luka <math>\pm 10</math> cm, lebar <math>\pm 5</math> cm warna luka merah muda.</li> <li>2. Glukosa sewaktu : 352 mg/dl (70-120 mg/dl)</li> <li>3. Aktifitas pasien dibantu keluarga (makan, minum, sbin, dll)</li> </ol>	Resiko tinggi infeksi	kadar glukosa tinggi, perubahan pada sirkulasi.
08/05/2012	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan cepat lelah saat beraktifitas.</li> <li>2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktifitas pasien dibantu keluarga (makan, minum, sbin, dll).</li> <li>2. Pasien terlihat beraktivitas di tempat tidur.</li> <li>3. Glukosa 2 jam PP (Normal 80-140mg/dl) : 181 mg/dl</li> </ol>	Kelelahan	penurunan produksi energi metabolik.

## **Diagnosa Keperawatan**

Dari pengkajian tanggal 08 Mei 2012 jam 16.00 WIB dapat dirumuskan diagnosa dan prioritas keperawatan yaitu:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik
2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, perubahan pada sirkulasi.
3. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.

## **PEMBAHASAN KASUS**

Pada dasarnya pengkajian yang penulis lakukan adalah sama dengan apa yang terdapat pada Doenges (2003), adapun hasil yang berbeda adalah pertama, tidak ditemukannya gangguan penglihatan karena pasien masih dapat melihat orang yang datang dan menurut hasil wawancara langsung, pasien masih dapat melihat. Maksud mengalami gangguan penglihatan adalah terjadinya penglihatan ganda atau kesulitan dalam melihat (Price & Wilson, 2006).

Kedua, tidak adanya riwayat penyakit jantung, dikarenakan menurut keluarga pasien sebelum masuk rumah sakit pasien belum pernah sakit yang menyebabkan pasien dirawat. Dan dari pemeriksaan fisik jantung tidak ditemukan adanya tanda-tanda bahwa pasien menderita penyakit jantung.

Ketiga, tidak adanya riwayat hipertensi dan stroke dalam keluarga, karena pada hasil pengkajian didapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi dan stroke. Hal tersebut memungkinkan di pengaruhi oleh gaya hidup pasien dan bukan merupakan faktor keturunan.

Keempat, tidak terdapat batuk pada pasien khususnya batuk produktif. Sementara dari pemeriksaan auskultasi didapatkan data berupa bunyi vesikuler.

Kelima, tidak ditemukannya hambatan jalan nafas, pada pasien didapati kanul O<sub>2</sub> akan tetapi pasien tidak mengalami hambatan dalam bernafas, misal adanya akumulasi sekret pada jalan nafas.

Keenam, tidak terdapat suara nafas ronkhi. Hal ini ditunjang pada hasil pemeriksaan auskultasi dengan bunyi vesikuler. Ronkhi berhubungan dengan adanya akumulasi sekret atau dahak pada jalan nafas sehingga terdengar suara seperti mendengkur. Hal ini sering dijumpai pada perokok, sementara pasien tidak memiliki riwayat merokok.

Selain itu ada pengkajian pada Doenges (2003) yang belum penulis kaji yaitu penulis tidak mencantumkan pada beberapa pola pengkajian Doenges tetapi hanya terkaji sekilas adalah integritas ego dan pernapasan. Hal ini dikarenakan pada saat penulis mengkaji laporan pendahuluan yang digunakan penulis pada bagian pola pengkajian kurang lengkap sehingga menyebabkan penulis tidak mengkaji lebih mendalam atau detail.

## **Diagnosa**

Secara umum diagnosa keperawatan dalam teori tidak jauh berbeda, namun masih ditemukan beberapa kesenjangan yang perlu dibahas dalam bab ini. Selanjutnya akan dibahas satu persatu dari diagnosa keperawatan tersebut dengan mengelompokannya sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus nyata adalah :
  - a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.

Kekurangan cairan adalah keadaan dimana individu yang tidak mengalami puasa mengalami atau beresiko mengatasi dehidrasi vasikuler, interstisial atau intravaskuler (Carpenito, 2007). Hal ini disebabkan adanya diuresis osmotik (dari hiperglikemia), kehilangan gastric berlebihan (diare, muntah) dan masukan yang dibatasi dengan tanda peningkatan keluaran urine encer, kelemahan, haus, penurunan berat badan tiba-tiba, kulit/membran mukosa kering, tugor kulit jelek, hipotensi, takikardi, perlambatan pengisian kapiler (Dongoes, 2003).

### **Implementasi**

Implementasi merupakan realita dari rencana tindakan keperawatan yang telah penulis susun. Pembahasan pada tahap ini meliputi pelaksanaan rencana tindakan perawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi pada masing-masing diagnosa.

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.
2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, perubahan pada sirkulasi.
3. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.

### **Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan yang telah penulis susun, apakah tujuan dapat tercapai, tercapai sebagian, atau belum tercapai dengan meninjau respon pasien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Berikut ini adalah pembahasan evaluasi berdasarkan evaluasi hasil dari masing-masing diagnosa.

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotic.

2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, perubahan pada sirkulasi.
3. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.

## **PENUTUP**

### **Simpulan**

1. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa khusus di dapatkan pasien mengeluh nyeri pada kaki, sering merasa cepat haus, tidak nafsu makan, pasien juga mengeluh lemas / loyo.
2. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa khusus muncul tiga diagnosa pada pasien. Diagnosa yang muncul sesuai dengan teori menurut Dongoes (2003) yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi perubahan pada sirkulasi, kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.
3. Intervensi yang muncul dalam teori menurut Dongoes (2003) dapat dilakukan pada pasien. Intervensi Dx 1 : kaji tanda – tanda vital, observasi nadi perifer dan membran mukosa, monitor masukan dan makanan/cairan, dan motivasi masukan oral. Dx 2 : kaji luka, adanya epitelisasi, perubahan warna, edema, dan discharge, frekuensi ganti balut, kaji adanya nyeri, lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik dan kolaborasi pemberian insulin. Dx 3 : pantau nadi, frekuensi pernafasan dan tekanan darah sebelumnya dan sesudah aktivitas, libatkan keluarga dalam memenuhi aktivitas, kaji tingkatan

partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas, tingkatkan aktivitas secara bertahap, bantu dan motivasi untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

4. Semua intervensi diatas dapat dilakukan oleh perawat dengan berkolaborasi dengan dokter dan ahli gizi.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien mengalami perubahan pada Dx 1 : masalah pasien teratasi, rasa haus pasien sudah berkurang dan pasien minum 7-8 gls/hari. Dx 2 : masalah pasien teratasi sebagian, nyeri kaki pasien sudah berkurang, skala nyeri 4. Dx 3 : masalah teratasi sebagian, aktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat.

### **Saran**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. S di ruang Cempaka Bawah RSUD Sukoharjo dan kesimpulan yang telah penulis susun seperti diatas, maka penulis memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan perlu adanya keikutsertaan keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kebiasaan pasien.
2. Dalam memberikan implementasi tidak harus sesuai dengan apa yang terdapat pada teori, akan tetapi harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit.
3. Perawat sebagai tim kesehatan yang paling sering berhubungan dengan pasien sangat perlu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan agar mampu merawat pasien secara komprehensif dan optimal. Dan perawat juga harus bekerjasama dengan tim kesehatan lain (dokter, ahli gizi, psikiatri dan pekerja

sosial) dalam melakukan perawatan atau penanganan pasien dengan diabetes mellitus + ulkus diabetik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Amir A, Hartono R, Pakhri A, Hendrayati. 2004. *Perbandingan Metode Penyuluhan Untuk Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Ketaatan Diit Pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD Salewangan Maros*.
- Carpenito, L. J. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Catatan Medical Record RSUD SUKOHARJO, 2011. Prevalensi Diabetes Mellitus. Sukoharjo.
- Dongoes, E Marilyn. et al. 2003 : *Rencana Asuhan Keperawatan.Pedoman Untuk Pedoman Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. edisi 3. Jakarta: EGC.
- Mansjoer, A. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. FKUI. Jakarta. Media Ausculapius
- Maulana, M. 2009. *Mengenal Diabetes Melitus, Panduan praktis mengenai penyakit Kencing Manis*. Yogyakarta. Ar ruzz media grup.
- Muttaqin, A. 2010. *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suyono, A. W. 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. Edisi IV*. Jakarta: FKUI.
- Smeltzer, C. Suzanne. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume 3. Edisi 8*. Jakarta: FKUI
- Price Wilson, A Sylvia. Et al. 2006 :*Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6.Jakarta: EGC